DEPARTEMENT
WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

**Zorginspectie**
Koning Albert II-laan 35 bus 31
1030 BRUSSEL
**T** 02 553 34 34
**F** 02 553 34 35
contact@zorginspectie.be

# ALGEMENE ZIEKENHUIZEN: CARDIAAL ZORGTRAJECT

| INSPECTIEPUNT | |
|---|---|
| Naam | Algemeen Ziekenhuis Sint-Jozef |
| Adres | Oude Liersebaan 4, 2390 Malle |
| Dossiernummer | 536 |

| INRICHTENDE MACHT | |
|---|---|
| Naam | EMMAÜS |
| Juridische vorm | VZW |
| Adres | Edgard Tinellaan 1C, 2800 Mechelen |

| UITBATINGSPLAATS | |
|---|---|
| Naam | Algemeen Ziekenhuis Sint-Jozef |
| Adres | Oude Liersebaan 4, 2390 Malle |

| OPDRACHT | |
|---|---|
| Nummer | O-2019-ANCL-0009 |
| Datum | 25/03/2019 |

| VERSLAG | |
|---|---|
| Nummer | V-2019-ANCL-0013 |
| Datum | 28/03/2019 |
| Datum laatste vaststelling | 28/03/2019 |

| INSPECTIEBEZOEK | |
|---|---|
| Soort | Onaangekondigd bezoek op 28/03/2019 (10:00-12:00) |

# INHOUDSOPGAVE

**1 Inleiding**
- 1.1 Toezicht door Zorginspectie
- 1.2 Inspectiemodel
- 1.3 Leeswijzer voor dit rapport
- 1.4 Inspectiebezoek

**2 Situering**

**3 Thema personeel**
- 3.1 Medische bestaffing zorgprogramma cardiologie
  - 3.1.1 Medische equipe voor het cardiaal zorgprogramma A
  - 3.1.2 Medische permanentie voor het cardiaal zorgprogramma A
- 3.2 Verpleegkundige bestaffing zorgprogramma cardiologie
  - 3.2.1 Verpleegkundige permanentie cathlab

**4 Thema veilige zorg**
- 4.1 Basisopleiding reanimatie
- 4.2 Doorgedreven opleiding reanimatie
- 4.3 Preventieve controle materiaal
- 4.4 Mobiel beademingstoestel en monitoring in het cathlab
- 4.5 Oproepsysteem voor reanimatie in het cathlab
- 4.6 Oproepsysteem voor reanimatie op de afdelingen
- 4.7 Verantwoordelijke voor telemetrie

**5 Thema gestandaardiseerde zorg**
- 5.1 Staande orders voor pijnbeleid
- 5.2 Pijnscores in het patiëntendossier op verblijfsafdelingen

**6 Thema communicatie**
- 6.1 Communicatie tussen zorgverleners: transferinformatie van cathlab naar afdeling
- 6.2 Communicatie tussen zorgverleners: transferinformatie van operatiekwartier/ intensieve zorgen naar afdeling

**7 Samenvatting**

# 1 INLEIDING

## 1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse overheid, en is bevoegd voor het toezicht op (onder meer) voorzieningen die door het Departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund of gesubsidieerd worden. Hiertoe behoren de algemene ziekenhuizen (AZ), die worden erkend door het agentschap Zorg en Gezondheid.

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

- toezicht houden op de naleving van gestelde eisen;
- beleidsadvisering op basis van de inspectievaststellingen;
- een beeld schetsen van een hele sector op basis van inspectievaststellingen.

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- het verbeteren van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van de voorzieningen;
- het rechtmatig besteden van overheidsmiddelen;
- een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

## 1.2 INSPECTIEMODEL

Het toezicht door Zorginspectie vormt 1 van de 3 pijlers binnen een breder model voor het verbeteren en bewaken van kwaliteit van zorg in de Vlaamse algemene ziekenhuizen. Het toezicht werd afgestemd op de andere twee pijlers, met name indicatoren en accreditatie.

- Het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals meet de kwaliteit van zorg in de meeste Vlaamse algemene ziekenhuizen. De ziekenhuizen kiezen zelf of en welke indicatoren ze meten. Resultaten verschijnen (als het ziekenhuis daarvoor kiest) op www.zorgkwaliteit.be. Ziekenhuizen kunnen de informatie gebruiken voor verbeteracties. Ook patiënten kunnen deze informatie gebruiken om, in overleg met een arts, een overwogen keuze te maken voor een bepaald ziekenhuis. Meer informatie kan u terugvinden via https://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteit-in-algemene-ziekenhuizen
    - Bij een ziekenhuisaccreditatie beoordeelt een externe organisatie in welke mate het ziekenhuis kwaliteitsvolle en veilige zorg aanbiedt. Ziekenhuizen krijgen het label voor een beperkt aantal jaren. Ziekenhuizen kiezen vrijwillig of ze al dan niet voor accreditatie gaan.

Het toezichtmodel van Zorginspectie bestaat uit 2 onderling verbonden luiken: nalevingstoezicht en systeemtoezicht.

- Nalevingstoezicht gebeurt in alle Vlaamse ziekenhuizen en richt zich op zorgtrajecten. Een zorgtraject is het traject dat een gelijkaardige groep patiënten doorloopt in een ziekenhuis. Bij deze vorm van toezicht gaan we via onaangekondigde inspectie na of de zorgpraktijk voldoet aan de vooropgestelde eisen. Deze eisen zijn gebundeld in een eisenkader, dat in overleg met de sector werd opgemaakt.
- Systeemtoezicht beoordeelt het kwaliteitssysteem achter de geleverde zorg. Ziekenhuizen die vrijwillig in een accreditatietraject zijn gestapt, worden vrijgesteld van dit systeemtoezicht. Systeemtoezicht gebeurt steeds aangekondigd.

Binnen nalevingstoezicht toetst Zorginspectie de zorgpraktijk in de algemene ziekenhuizen aan de hand van de gestelde eisen. De eisen zijn terug te vinden in een aantal eisenkaders die te raadplegen zijn op de website van Zorg en Gezondheid (www.zorg-en-gezondheid.be). Vaststellingen gebeuren via gesprekken met personeelsleden en patiënten, controles van patiëntendossiers en observaties. Zorginspectie zoomt telkens in op een specifiek zorgtraject. De eerste zorgtrajecten die geïnspecteerd werden, zijn het chirurgisch zorgtraject (2013-2014) en het internistisch zorgtraject (2015-2016). Na afronding van elk van deze inspectierondes werd een sectorbreed rapport opgemaakt m.b.t. de

inspectievaststellingen. Deze beleidsrapporten zijn terug te vinden op de website van Zorginspectie.

In deze inspectiecyclus neemt Zorginspectie het **cardiale zorgtraject** onder de loep. Aandacht gaat daarbij naar de volgende zorgprogramma's "cardiale pathologie":

- Zorgprogramma cardiale pathologie A: cardiale basiszorg (o.a. behandeling van hartfalen, ritmestoornissen, secundaire preventie hartziekten…)
- Zorgprogramma cardiale pathologie P: pacemakertherapie
- Zorgprogramma cardiale pathologie B (cardiale invasieve zorg) met deelprogramma's:
    - B1: invasieve, diagnostische cardiologie
    - B2: interventionele, niet-chirurgische cardiologie
    - B3: cardiochirurgie

Volgende diensten worden hiervoor bezocht:

- Het cathlab
- De (internistische) verpleegafdelingen (waar cardiale patiënten worden opgenomen)
- De chirurgische verpleegafdelingen (waar cardiochirurgische patiënten worden opgenomen).

Niet op elke campus zijn al deze afdelingen aanwezig; om die reden wordt soms een beperkter aantal afdelingen bezocht. Hierdoor kan het zijn dat een aantal onderwerpen niet bevraagd worden, waardoor onder een aantal titels geen vaststellingen worden beschreven in het verslag.

Vanuit patiëntveiligheid en -betrokkenheid selecteerde Zorginspectie uit de eisenkaders een aantal **thema's** die de leidraad vormen voor de inspectie: **personeel, veilige omgeving, gestandaardiseerde zorg en communicatie**. Deze thema's vormen telkens een hoofdstuk in dit rapport.

Per thema zijn er criteria vastgelegd (rode en oranje knipperlichten) op basis waarvan al dan niet besloten wordt tot een opvolginspectie (**check 2**):

- Rode knipperlichten zijn ernstige knelpunten op vlak van patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg, die onmiddellijk aanleiding geven tot check 2.
- Oranje knipperlichten zijn elementen die, samen met één of meerdere andere vaststellingen, eveneens een ernstig risico inhouden voor de veiligheid van de patiënt of voor kwaliteit van zorg. Ook oranje knipperlichten kunnen aanleiding geven tot check 2, indien minstens 2 oranje knipperlichten worden vastgesteld.

Deze check 2 zal na een tussenperiode van minstens 3 maanden (vanaf ontvangst van het definitieve verslag van check 1) uitgevoerd worden.

Het agentschap Zorg en Gezondheid staat in voor de opvolging van alle inspectievaststellingen, waarbij een aantal verbeterpunten bijzondere aandacht krijgen. Op https://www.departementwvg.be/zorginspectie is het volledige overzicht te vinden van de rode en oranje knipperlichten en van de elementen die in het bijzonder opgevolgd worden door het agentschap Zorg en Gezondheid.

Zorginspectie inspecteert onaangekondigd tijdens check 1 en 2: het ziekenhuis weet dus niet op welke dag de inspectie zal plaatsvinden.

## 1.3 LEESWIJZER VOOR DIT RAPPORT

Dit rapport bestaat uit 7 hoofdstukken. Na deze inleiding (hoofdstuk 1) en een situering van (de campus van) het ziekenhuis (hoofdstuk 2), zijn er 4 thematische hoofdstukken met daarin de vaststellingen. Iedere vaststelling wordt voorafgegaan door de betrokken eisen uit de eisenkaders en een beschrijving van de gevolgde werkwijze om tot de vaststelling te komen. Afsluitend wordt in hoofdstuk 7 een samenvatting gegeven van de besluiten per thema en wordt aangegeven of er op basis van rode en/of oranje knipperlichten een check 2 volgt of niet.

Meer informatie over deze inspectiemethodiek en over Zorginspectie is te vinden op

www.zorginspectie.be.

Vanaf 1/1/2019 verlopen onze inspecties en bijhorende inspectieverslagen conform de bepalingen uit het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid (B.S. 21 februari 2018).

## 1.4 INSPECTIEBEZOEK

Het gaat om check 1 van het cardiale zorgtraject.

Op deze campus werden volgende diensten bezocht:

- De (internistische) verpleegafdeling(en):
  + Medium Care
  + Hart- en longziekten
- De afdelingen waar telemetrie werd opgevolgd

# 2 SITUERING

Op deze campus heeft het ziekenhuis binnen het cardiologisch zorgtraject volgende erkenningen vanuit de Vlaamse overheid:

- Cardiaal Zorgprogramma A
- Cardiaal Zorgprogramma P
- D-bedden: 95
- C-bedden: 68

# 3 THEMA PERSONEEL

## 3.1 MEDISCHE BESTAFFING ZORGPROGRAMMA CARDIOLOGIE

### 3.1.1 Medische equipe voor het cardiaal zorgprogramma A

#### Gecontroleerde eis

Het zorgprogramma A beschikt op de campus waar het erkend is over een medische equipe bestaande uit minimaal 2 voltijds equivalenten geneesheren-specialisten, waaronder ten minste 1 VTE-cardioloog.
De tweede VTE-geneesheer-specialist is hetzij cardioloog hetzij internist.
Het medisch diensthoofd vermeldt de namen van de artsen in het kwaliteitshandboek.

#### Werkwijze

Er werd nagegaan of de samenstelling en de kwalificaties van de medische equipe voor het zorgprogramma cardiale pathologie A voldoen aan de gecontroleerde voorwaarden.

#### Vaststellingen

De equipe voor het zorgprogramma cardiale pathologie A voldoet aan de gecontroleerde voorwaarden.

### 3.1.2 Medische permanentie voor het cardiaal zorgprogramma A

#### Gecontroleerde eis

De campus erkend voor het zorgprogramma A beschikt binnen zijn muren permanent over een ziekenhuisgeneesheer met de nodige deskundigheid om cardiale urgenties te herkennen, op te vangen en te stabiliseren.
Deze intramurale permanentie voor het zorgprogramma A kan opgenomen worden door

- een arts (erkend cardioloog of internist) van het cardiale team,
- een specialist in opleiding voor inwendige of cardiologie,
- de arts die de algemene medische permanentie van het ziekenhuis waarneemt,
- de medische permanentie van de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" of van de functie voor intensieve zorg.

Deze artsen zijn aanwezig op de campus waar het zorgprogramma A erkend is.
Het medisch diensthoofd vermeldt de namen van de permanentieartsen in het kwaliteitshandboek.

Er is een erkende cardioloog of internist van het cardiale team oproepbaar voor het zorgprogramma A op de campus, TENZIJ de intramurale arts op de betrokken campus een erkende cardioloog of internist van het cardiale team is.

Eén van de artsen van de cardiale equipe van zorgprogramma A moet permanent oproepbaar zijn, derwijze dat hij/zij binnen de kortst mogelijke tijd na de oproep, ter plaatse kan zijn. Het medisch reglement en de algemene regeling vermelden concreet wat verstaan wordt onder "kortst mogelijke tijd".

De artsen die aan de medische permanentie deelnemen mogen niet langer dan 24 uur na elkaar een medische permanentie vervullen, waarvoor de fysieke aanwezigheid in een ziekenhuis vereist is.
Dit geldt ook voor de artsen-stagiairs.
Dit moet worden aangetoond door een nominatief uurrooster van de permanentieartsen.
Er dient na elke permanentieperiode met fysieke aanwezigheid in het ziekenhuis van 24 uur een rustperiode van minimaal 8 uur gerespecteerd te worden.

### Werkwijze

De permanentie voor het zorgprogramma cardiale pathologie A werd gecontroleerd. De nominatieve wachtlijst werd opgevraagd en gecontroleerd voor de laatste week. Op basis van deze wachtlijsten werden de 24-uurspermanentie en de kwalificaties van de artsen gecontroleerd (o.a. discipline). Er werd nagegaan of de namen van de permanentieartsen vermeld stonden in het kwaliteitshandboek (KHB) dan wel of deze permanentieartsen werkzaam waren op een medische dienst van de campus.

Indien de permanentiearts voor het zorgprogramma A geen deel uitmaakt van de cardiale equipe, werd gevraagd naar de wachtlijst van de oproepbare specialist van het cardiale team van de bezochte campus. Er werd tevens nagegaan of de tijdsspanne waarbinnen deze specialist ter plaatse moet kunnen zijn, schriftelijk was vastgelegd in een voor de artsen bindend document (bv. medisch reglement of een door de medische raad goedgekeurd document). Daarnaast werd gecontroleerd of deze kortst mogelijke tijd geconcretiseerd werd.

Op basis van de wachtlijsten werd nagegaan of artsen niet langer dan 24 uur wachtdienst hebben met aanwezigheid in het ziekenhuis.

### Vaststellingen

| | |
|---|---|
| Aantal gecontroleerde dagen | 7 |
| Aantal in orde | 7 |
| Aantal niet in orde | 0 |

### Oproepbare arts cardiale equipe

| | |
|---|---|
| Tijdspanne is schriftelijk vastgelegd | Ja |
| Kortst mogelijke tijd is concreet vastgelegd | Nee |

## 3.2 VERPLEEGKUNDIGE BESTAFFING ZORGPROGRAMMA CARDIOLOGIE

### 3.2.1 Verpleegkundige permanentie cathlab

# 4 THEMA VEILIGE ZORG

## 4.1 BASISOPLEIDING REANIMATIE

## 4.2 DOORGEDREVEN OPLEIDING REANIMATIE

## 4.3 PREVENTIEVE CONTROLE MATERIAAL

### Gecontroleerde eis

Beademingstoestellen krijgen minstens jaarlijks een inspectie.
Externe pacemakers krijgen minstens jaarlijks een inspectie**.**
Defibrillatoren krijgen minstens jaarlijks een preventieve technische controle.
Monitoren en ECG-toestellen krijgen minstens om de 24 maanden een preventieve technische controle.
De centrale componenten van de telemetriebewaking, dit is de centrale bewaking van de ECG's die draadloos bewaakt worden, krijgen minstens jaarlijks een inspectie.
De richtlijnen van de fabrikant worden hiervoor gevolgd.
De controlerapporten zijn opvraagbaar in het ziekenhuis.
Het resultaat van deze controle is bekend op de dienst. D.w.z. dat er een lijst beschikbaar is op papier of elektronisch waarin staat:

- Het resultaat van de controle: goed/ slecht/ aandachtspunten
- Wanneer uitgevoerd
- Door wie

### Werkwijze

Op de campus met zorgprogramma A werd de jaarlijkse inspectie van de centrale componenten van de telemetriebewaking nagegaan.

Op de campus met zorgprogramma P werd de jaarlijkse inspectie van externe pacemakers nagegaan.

Op het cathlab werd de preventieve controle nagegaan van een aantal medische toestellen: (mobiele) beademings- en ECG-toestellen, (mobiele) monitoren en defibrillatoren.

### Vaststellingen

**Preventieve controle van de centrale componenten van telemetriebewaking**

| | |
|---|---|
| Aantal gecontroleerde centrale componenten van telemetriebewaking | 1 |
| Aantal in orde | 1 |
| Aantal niet in orde | 0 |

**Preventieve controle van externe pacemakers**

| | |
|---|---|
| Aantal gecontroleerde externe pacemakers | 1 |
| Aantal in orde | 1 |
| Aantal niet in orde | 0 |

## 4.4 MOBIEL BEADEMINGSTOESTEL EN MONITORING IN HET CATHLAB

## 4.5 OPROEPSYSTEEM VOOR REANIMATIE IN HET CATHLAB

## 4.6 OPROEPSYSTEEM VOOR REANIMATIE OP DE AFDELINGEN

### Gecontroleerde eis

Er is een oproepsysteem voor reanimatie en dringende hulp voorzien, hetzij aan het bed, hetzij op zak bij de zorgverstrekker.

### Werkwijze

Op de cardiale en cardiochirurgische verblijfsafdelingen werd nagegaan of er een oproepsysteem voor reanimatie aanwezig was aan bed van de patiënt of op zak bij de zorgverstrekker.

### Vaststellingen

| | |
|---|---|
| Aantal gecontroleerde patiëntenkamers/zorgverstrekkers | 7 |
| Aantal patiëntenkamers/zorgverstrekkers met oproepsysteem voor reanimatie | 7 |
| Aantal patiëntenkamers/zorgverstrekkers zonder oproepsysteem voor reanimatie | 0 |

## 4.7 TELEMETRIE / BEDSIDE MONITORING

### Gecontroleerde eis

Op de campus waar een zorgprogramma A erkend is, zijn volgende logistieke middelen voorzien: uitrusting voor cardiale bedside monitoring of telemetrie.
Indien telemetrie wordt aangeboden, dan wordt de monitoring opgevolgd via visuele en/of auditieve controle door verpleegkundigen of artsen die hiervoor specifiek zijn aangeduid en onmiddellijk kunnen tussenkomen.

### Werkwijze

Er werd nagevraagd of op de campus telemetrie of bedside monitoring wordt aangeboden.
Desgevallend werd op de diensten waar telemetrie wordt opgevolgd, nagegaan of de monitoring visueel en/of auditief wordt opgevolgd door verpleegkundigen of artsen die hiervoor specifiek (nominatief) zijn aangeduid.
Indien de aangeduide verantwoordelijke niet aanwezig was op de dienst, dan werd deze opgebeld met de vraag om onmiddellijk naar de dienst te komen (te handelen alsof er een alarm zou zijn). Er werd nagegaan of de betrokken persoon binnen de 3 minuten ter plaatse kon zijn om de nodige handelingen bij een alarm uit te voeren.

### Vaststellingen

Telemetrie wordt opgevolgd op volgende diensten:
Hart- en longziekten

| | |
|---|---|
| Telemetrie aanwezig op campus met zorgprogramma A | Ja |
| Aantal diensten met telemetrie gecontroleerd | 1 |
| Aantal in orde | 1 |
| Aantal niet in orde | 0 |

# 5 THEMA GESTANDAARDISEERDE ZORG

## 5.1 STAANDE ORDERS VOOR PIJNBELEID

### Gecontroleerde eis

Er zijn staande orders ter uitvoering van het pijnbeleid.
De staande orders worden in het patiëntendossier opgenomen, gevalideerd/ondertekend door de arts.

### Werkwijze

Op de cardiale en cardiochirurgische verblijfsafdelingen werden de staande orders voor pijnbeleid opgevraagd. Op de cardiale afdelingen werd specifiek gevraagd naar staande orders voor pijn bij patiënten na een acuut myocardinfarct (AMI) en staande orders voor pijn na een ingreep op het cathlab. Op de cardiochirurgische afdelingen werden de staande orders voor pijn na een cardiochirurgische ingreep opgevraagd.

Er werd nagekeken of deze staande orders werden opgemaakt onder verantwoordelijkheid van een arts (gevalideerd of ondertekend door een arts).

### Vaststellingen

**Staande orders pijn voor patiënten met acuut myocardinfarct**

| Afdeling | Staand order beschikbaar | Staand order gevalideerd |
|---|---|---|
| Medium Care | **Nee** | **NVT** |
| Hart- en longziekten | **Ja** | **Ja** |

**Staande orders pijn voor patiënten na ingreep op het cathlab**

| Afdeling | Staand order beschikbaar | Staand order gevalideerd |
|---|---|---|
| Medium Care | **Nee** | **NVT** |
| Hart- en longziekten | **Ja** | **Ja** |

**Overzicht**

| | |
|---|---|
| Aantal gecontroleerde staande orders | 4 |
| Aantal in orde (gevalideerd staand order) | 2 |
| Aantal niet in orde | 2 |
| Aantal zonder staand order | 2 |
| Aantal met staand order zonder validatie | 0 |

# 5.2 PIJNSCORES IN HET PATIËNTENDOSSIER OP VERBLIJFSAFDELINGEN

### Gecontroleerde eis

Het patiëntendossier bevat: parameters volgens medische noodzaak.

Op een acute C- en D-dienst minimum:

- Hartfrequentie
- Bloeddruk
- Temperatuur
- Pijn (pijnintensiteit, evaluatie van behandeling)
- Bewustzijn (indien van toepassing)
- Respiratoire aandachtspunten (indien van toepassing)
- Saturatiemeting (indien van toepassing)
- Gewicht
- Voedingsstatus

### Werkwijze

Op de cardiale en cardiochirurgische afdelingen werden patiëntendossiers opgevraagd van patiënten met een cardiale aandoening. Deze patiëntendossiers werden nagekeken op de aanwezigheid van het aantal pijnscores per dag.

### Vaststellingen

| Afdeling | Aantal ge-controleerde dossiers | Aantal ge-controleerde dagen | Aantal dagen met 2 of meer pijnscores | Aantal dagen met 1 pijnscore | Aantal dagen zonder pijnscore |
|---|---|---|---|---|---|
| Medium Care | 1 | 4 | 4 | 0 | 0 |
| Hart- en longziekten | 10 | 10 | 10 | 0 | 0 |
| **Totaal** | **11** | **14** | **14** | **0** | **0** |

# 6 THEMA COMMUNICATIE

## 6.1 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: TRANSFERINFORMATIE VAN CATHLAB NAAR AFDELING

### Gecontroleerde eis

Er wordt een medische en verpleegkundige nota (evt. elektronisch) opgesteld bij transfer van een patiënt.

Volgende elementen dienen minimum in deze nota genoteerd te staan:

- identiteit van de patiënt,
- diagnose en behandeling,
- verpleegkundige zorgen,
- parameters
- medicatieschema
- recent toegediende medicatie: naam, dosis, tijdstip toediening en toedieningsvorm.

Een verslag van de cathlab-procedure moet binnen het uur nadat de patiënt het cathlab verlaten heeft, toegevoegd zijn aan het patiëntendossier.

Het actuele volledige (medisch en verpleegkundig) patiëntendossier (papier of elektronisch) is toegankelijk op de afdeling waar de patiënt zich bevindt voor alle betrokken artsen, verpleegkundigen, zorgverleners.

### Werkwijze

Op de bezochte (internistische) afdelingen werd in dossiers van patiënten die een ingreep ondergingen op het cathlab en van daar getransfereerd werden naar de afdeling, nagegaan of het verpleegkundige en het medische luik van de transfergegevens in het dossier toegankelijk waren voor alle hulpverleners, en - zo ja - welke transfergegevens voorhanden waren:

- identificatie patiënt,
- diagnose,
- verslag cathlabprocedure,
- verpleegkundige zorgen (bv. parameters),
- toegediende medicatie op het cathlab.

Daarnaast werd nagekeken of de patiënt werd getransfereerd van een cathlab op dezelfde campus (= interne transfer) of van een cathlab op een andere campus (= externe transfer).

**Vaststellingen**

| | |
|---|---|
| Aantal gecontroleerde dossiers | 2 |
| Aantal dossiers toegankelijk | 2 |
| Aantal toegankelijke dossiers met transferinformatie | 2 |
| Aantal toegankelijke dossiers met volledige transferinformatie (met 5 gegevens) | 2 |
| Aantal toegankelijke dossiers met onvolledige transferinformatie | 0 |

| | |
|---|---|
| Aantal gecontroleerde toegankelijke dossiers interne transfers | 0 |

| | |
|---|---|
| Aantal gecontroleerde toegankelijke dossiers externe transfers | 2 |
| Aantal in orde | 2 |

## 6.2 COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: TRANSFERINFORMATIE VAN OPERATIEKWARTIER / INTENSIEVE ZORGEN

# 7 SAMENVATTING

Per thema zijn er criteria vastgelegd (rode en oranje knipperlichten) op basis waarvan al dan niet besloten wordt tot een tweede onaangekondigde inspectie (check 2).

- Rode knipperlichten zijn ernstige knelpunten op vlak van patiëntveiligheid of kwaliteit van zorg, die onmiddellijk aanleiding geven tot check 2.
- Oranje knipperlichten zijn elementen die, samen met één of meerdere andere vaststellingen, eveneens een ernstig risico inhouden voor de veiligheid van de patiënt of voor kwaliteit van zorg. Ook oranje knipperlichten kunnen aanleiding geven tot check 2, indien minstens 2 oranje knipperlichten worden vastgesteld.

Het agentschap Zorg en Gezondheid staat in voor de opvolging van alle inspectievaststellingen, waarbij een aantal verbeterpunten bijzondere aandacht krijgen.

Hieronder is terug te vinden of op deze campus:

- een check 2 volgt of niet, op basis van rode en/of oranje knipperlichten
- er al dan niet tekorten zijn die door het agentschap Zorg en Gezondheid opgevolgd worden.

**Thema personeel**

| |
|---|
| De samenstelling van de medische equipe voor het zorgprogramma cardiologie op deze campus voldoet |
| De medische permanentie voor het zorgprogramma cardiologie op deze campus voldoet |

**Thema veilige zorg**

| | |
|---|---|
| Externe pacemaker is beschikbaar voor zorgprogramma P | |
| Aantal externe pacemakers met tijdige preventieve controle | 1 / 1 |
| Aantal patiëntenkamers/ zorgverstrekkers met oproepsystemen voor reanimatie | 7 / 7 |
| Telemetrie of bedside monitoring is beschikbaar voor zorgprogramma A | |
| Aantal afdelingen waar een verantwoordelijke voor telemetrie is aangeduid | 1 / 1 |
| Aantal afdelingen waar de verantwoordelijke telemetrie zich onmiddellijk kan vrijmaken bij alarm | 1 / 1 |
| Aantal afdelingen met auditieve / visuele opvolging telemetrie | 1 / 1 |
| Aantal centrale componenten van telemetriebewaking met tijdige preventieve controle. | 1 / 1 |

**Thema gestandaardiseerde zorg**

| | |
|---|---|
| Aantal dagen met pijnscores in het dossier | 14 / 14 |

**Thema communicatie**

| | |
|---|---|
| Aantal dossiers toegankelijk | 2 / 2 |
| Aantal toegankelijke dossiers met alle gecontroleerde transferinformatie | 2 / 2 |

**Besluit**

| | |
|---|---|
| Er zal een check 2 gebeuren op deze campus | Nee |